

Број здравственог картона
у Диспанзеру за здр. заштиту
предшколске деце

Име и презиме изабраног
лекара - педијатра

**ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ ДЕТЕТА
У ПРЕДШКОЛСКОЈ УСТАНОВИ**

Име и презиме детета _____

Датум, година и место рођења _____

Дете станује код _____ (адреса стана) _____

Тежина _____ Висина _____ на дан прегледа

Урођене малформације _____ ДА _____ НЕ

Промене на кожи и видљивој слузокожи _____ ДА _____ НЕ

Алегије на храну и остало _____ ДА _____ НЕ

Да ли је дете имало фебрилне конвулзије _____ ДА _____ НЕ

Психомоторни развој детета одговара узрасту _____ ДА _____ НЕ

Хроничне незаразне болести од већег социомедицинског значаја и терапија
коју дете користи (навести): _____

ВАКЦИНАЦИЈЕ:

BCG	V		DT	R2		OPV	I		MMR	V	
BCG	R		dt	R3		OPV	II		MMR	R	
DPT	I		TT	R		OPV	III		HepB* HBsAg	I	
DPT	II		Hep.B	I		OPV	R1		HepB* HBsAg	II	
DPT	III		Hep.B	II		OPV	R2		HepB* HBsAg	III	
DPT	R1		Hep.B	III		OPV	R3		HepB* HBsAg	IV	

У _____

Изабрани лекар - педијатар

Дана _____

М.П. _____